انتشار السرطان
في سورية

وليد الصالح*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يعدُّ مرض السرطان السبب الرئيس الثالث للوفيات في سورية، كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم حدوث السرطان وانتشاره في سورية.

مواد البحث وطرائقه: حُلِّلَتْ ودُرِسَتْ المعلومات من السجل الوطني للسرطان في وزارة الصحة، مشفى البيروني الجامعي، ومراكز أخرى في سورية، حيث سُجِّلَتْ حالات وقوع السرطان في سورية، المشخصة بطرائق متعددة بين عامي 2004 و2010.

النتائج: كانت نسبة حدوث السرطان في سورية بين 93–128 حالة جديدة لكل 000 100 من السكان تركز معظمها في طرطوس– دمشق– السويداء– اللاذقية (93-104-107-128) على الترتيب. كانت نسبة الحدوث لدى الجنسين متقاربة. كانت سرطانة الثدي الأكثر شيوعاً لدى الإناث (بنسبة 35.6%) بينما كانت سرطانة الرئة (18.3%) ثم سرطانة البروستات (9%) الأكثر شيوعاً لدى الذكور. كانت هناك زيادة ملحوظة في سرطانات الجهاز الهضمي عند الجنسين. إن المعدل التنبؤي لحدوث السرطان في سورية هو 160-145 حالة جديدة لكل 000 100 من السكان للأعوام القادمة.

الاستنتاج: نقترح ونوصي بأن الوقاية، والتشخيص والمعالجة المبكرة، فضلاً عن تحسين نوعية البقيا، وإنقاص معدل السرطان هي مسألة مهمة جداً، وهي التي توجهنا نحو مراقبة أفضل للسرطان والوقاية منه.

كلمات مفتاحية: معدل الإصابة بالسرطان، التشخيص المتأخر، دراسة إحصائية تحليلية.

* أستاذ – قسم الأورام – كلية الطب البشري– جامعة دمشق.

Prevalence of Cancer in Syria

Walid AL-SALEH*

Abstract

Background and objective: Cancer is the third cause of death in Syria, This research aimed to demonstrate the incidence of cancer epidemiologically and analytically, in Syria.

Materials and Methods: We studied and analyzed the incidence of cancer cases in Syria between the years 2004 – 2010 according to the incidence registry and diagnosis or therapy and follow-up in University Bairouni Hospital and the National registry for Cancer in Health Ministry , in addition to some special hospitals and centers for diagnosis and therapy .

Results: The incidence rate of cancer in Syria was between 93 – 128 new cases of each 100000 of population, most of it concentrate in Tortous – Damascus – Al-Swaida – Latakia (93 – 104 – 107 – 128) respectively. The incidence rate of males and females were similar. The breast cancer were most common in females (35.6%) whereas the lung cancer/ respiratory system (18%) and prostate/ urinary system (9%) were most common in males . There is relatively increased in the incidence rate of gastrointestinal cancers (for males and females) . The predicted incidence of cancer in Syria is between 145 – 160 new cases for each 100000 of population in the next coming years .

Conclusion : The data of this study recommends proposition integral dialogs for planets of cancer therapy by decreased the incidence rate and elevate the recovery rate by early diagnosis and prevention.

Key Wards : the incidence rate of cancers, late diagnosis , descriptive-analytic study.

* Associated Prof, Dpt. Of Pathology, Damascus University.

المقدمة:

السرطان مرض يصيب المجتمعات كلّها، ويمكن حدوثه في الفئات العمرية كلّها من الجنسين، وقد سجلت إحصائيات منظمة الصحة العالمية حدوث نحو عشرة ملايين حالة سرطان جديدة في العام 2000، منها نحو 5.3 مليون حالة بين الرجال، و4.7 مليون حالة في الإناث فضلاً عن نحو 22 مليون حالة تحت العلاج من السرطان من السنوات السابقة، كما سجلت أيضاً 6.2 مليون حالة وفاة من السرطان في العام ذاته تمثل 12% من الوفيات على مستوى العالم، وتوقعت الإحصائيات نفسها زيادة عدد الحالات الجديدة من السرطان في العام 2020 على مستوى العالم بنسبة أكثر من 50%؛ لتصبح نحو 15 مليون حالة جديدة سنوياً.[1، 2، 3، 4، 5، 6، 17، 18، 35، 59] على كل حال، قد يكون من الممكن منع حدوث 30% منها على الأقل.

إن مؤشرات معدل حدوث السرطان في البلدان العربية لا تزال مثيرة للجدل في معظمها وفقاً لدراساتها وتباين معطياتها الإحصائية، ولكنها تتوافق في جزء منها من حيث معدل الحدوث خاصة في بعض الأنواع كسرطانة الثدي.[38، 39]

تنبهت الدول المتقدمة على أهمية الحد من الإصابة بالسرطان ممثلة في اتباع نمط الحياة الفُضْلَى من خلال اعتماد الغذاء السليم عن طريق الحد من الدهون، والإقلال من اللحوم الحمراء، وتناول غذاء عالي الألياف، والحد أيضاً من استخدام مكسبات اللون والطعم والرائحة في الأطعمة، فضلاً عن ممارسة الرياضة – وخاصة رياضة المشي والقضاء على التلوث، والسيطرة على التدخين، والأمراض المعدية.[53، 54، 60، 69]

لذلك بدأت الوفيات من السرطان في تنخفض في بعض الدول المتقدمة بسبب اتباع أساليب الوقاية، وعلى رأسها الحد من التدخين، والتطور في الكشف المبكر عن المرض، فضلاً عن التقدم العلمي في وسائل التشخيص والعلاج المختلفة. فقد تمكنت الدول المتقدمة على الرغم من وجود معدلات أعلى لمرض السرطان فيها عن الدول النامية، في الوقت الحالي، من تحقيق نسبة عالية من الشفاء عن طريق تفعيل وسائل الكشف المبكر عن الأورام خاصة في الأنواع الأكثر شيوعاً لديها، مثل سرطانة الثدي، وسرطانة البروستات، وسرطانة عنق الرحم .[51، 52، 53، 55، 56، 57، 58]

من جهة ثانية، تظهر الصورة قاتمة للإصابة بالسرطان في الدول النامية للسنوات القادمة؛ إذ تتوقع إحصائيات منظمة الصحة العالمية حدوث نحو 75% من إجمالي حالات السرطان الجديدة عام 2030، وثلثي حالات الوفاة بسبب السرطان في العام نفسه في الدول النامية ، وذلك نتيجة لظاهرة " التحول الوبائي" الناجم عن انحسار الأمراض المزمنة المعدية – كسبب رئيس للوفاة – وظهور الأمراض المزمنة غير المعدية – ومن بينها السرطان – في الأعوام المقبلة .[2، 4]

لا يوجد في سورية دراسات إحصائية موثقة عن نسب حدوث السرطان ومعدله وتوزعه إذْ تكشف وتشخص وتعالج هذه الأورام في مشافي التعليم العالي، ومشافي وزارة الصحة، ومشافي الخدمات الطبية العسكرية والشرطية، فضلاً عن المشافي والعيادات الخاصة، وجزء بسيط جداً منها خارج القطر. من هنا تعدُّ الدراسات الإحصائية الموثقة من أهم مقومات السياسة الصحية للتصدي للأمراض ومعالجة أسبابها وأسباب انتشارها لهدف رسم الخطط العلمية، وإقرار المشاريع الاستثمارية الخاصة بمعالجتها. تم اعتماد تسجيل حالات السرطان في هذه الدراسة من مشافي التعليم العالي (وخاصة سجلات مشفى البيروني الجامعي) الذي يعدُّ مشفى مرجعياً بامتياز، فضلاً عن مشافي التعليم العالي في كل من وحدات المعالجة الورمية في جامعة حلب وجامعة تشرين (اللاذقية). أيضاً، معطيات السجل الوطني للسرطان في وزارة الصحة، الذي أنشئ في العام 2001 بدعم من منظمة الصحة العالمية، إذْ يهدف إلى

جمع البيانات عن مرضى السرطان كلَّهم في سورية ولاسيَّما مديريات الصحة بالمحافظات السورية (مشافي وزارة الصحة ومراكزها الصحية) ومخابر التشريح المرضي المتعاونة، وعيادات المعالجة الورمية وبعض المشافي الخاصة المتعاونة، وكذلك مشافي الخدمات الطبية العسكرية، إذْ يقوم السجل الوطني للسرطان بتحليل البيانات الواردة منها وتسجيلها التي شكلت لدراستنا مصدراً إضافياً موثقاً فضلاً عن معطيات مشفى البيروني الجامعي لنقوم بهذه الدراسة الأولى من نوعها في سورية. وذلك بدءاً من العام 2004/1 إلى نهاية العام 2010. إن السياسة الصحية للدولة (بغض النظر عن معطيات الحالات المدروسة من المصادر المختلفة) هي واحدة، وهدفها واحد لتأمين حياة صحية سليمة، وتأمين جميع ما يلزم للحماية والمعالجة من الأمراض التي قد يتعرض لها المواطن. على كل حال، يبقى السجل الوطني المرجع الرئيس للمعلومات والإحصائيات من خلال الإشراف على تطبيق نظام الإبلاغ على القطاعات الصحية العاملة كلّها وذلك لتأمين مصدر موثوق به للباحثين والقائمين على رسم السياسات الصحية.

في دراستنا هذه، جُمِعَتِ البيانات المتعلقة بحالات السرطان في سورية من عام 2004/1 إلى العام 2010/12 استناداً إلى معطيات وبيانات مشافي التعليم العالي (وخاصة مشفى البيروني الجامعي)، ومعطيات السجل الوطني للسرطان في سورية، وذلك بهدف دراسة واقع السرطان في سورية من حيث أنواعها ومعدل حدوثها وتوزعها في المناطق الجغرافية من سورية، لتشكل إضافة علمية جديدة تسهم في توفير مراجع علمية عن انتشار أمراض السرطان في سورية، وتسهم في إجراء بحوث علمية مكملة ومعمقة للوقوف على دراسة كل نوع من أنواع السرطانات، والكشف عن المسببات، وإمكانية الوقاية والحد أو خفض نسبة الحدوث، واستخدام طرائق ووسائل لكشف المبكر عنها، والتشخيص المبكر لها، فضلاً عن استخدام الطرائق الحديثة في تشخيصها ومعالجتها ومتابعتها.

الطرائق والمرضى:

دُرِسَتْ حالات وقوع السرطان في سورية بين عامي 2004 و2010 للمرضى السوريين والمقيمين في سورية من خلال سجلات الحدوث والتشخيص أو المعالجة في مشافي التعليم العالي (وخاصة مشفى البيروني الجامعي) والسجل الوطني للسرطان في وزارة الصحة (الذي يعتمد على مشافي ومراكز وزارة الصحة، والخدمات الطبية العسكرية، والمشافي والمراكز والعيادات الخاصة، فضلاً عن بعض مخابر التشريح المرضي المتعاونة في دمشق، وحلب، واللاذقية وحمص).

حُدِّدَ واقع البيانات اعتماداً على السجلات المعتمدة على القاعدة السكانية، ولكن بصورة غير كاملة (لسبب عدم تعاون بعض المراكز، والمشافي، والعيادات والمخابر الخاصة، فضلاً عن المرضى المعالجين خارج القطر)، إذْ يقدر فاقد البيانات بين 25 إلى 30%.

سُجِّلَ أكثر من 70% من حالات السرطان المعتمدة في دراستنا؛ وذلك من سجلات مشفى البيروني الجامعي بدمشق (الذي يعدُّ مشفى مرجعياً). جاء تشخيص الإصابة بناءً على تأكيد فحوص الأنسجة (التشريح المرضي) فضلاً عن بيانات الوفاة أو تقاريرها في بعض الحالات (حيث لم يعثر على تقرير الفحص النسيجي أو المخبري الخاص). على كل حال، تمثل المعلومات والإحصاءات التحليلية في دراستنا هذه، حالات السرطان المكتشفة من شهر كانون الثاني 2004 إلى كانون الأول 2010 في سورية التي بلغت للسجل الوطني للسرطان بوزارة الصحة 0 المعتمد على القاعدة السكانية، بصورة جزئية) إذْ بلغ عدد الحالات المسجلة خلال هذه المدة 88305 حالة سرطانية جديدة انظر الجدول رقم 1 والشكل رقم 1). وقد اعتمدنا المعلومات الجغرافية السكانية في الجمهورية العربية السورية لدراسة البيانات وتحليلها فضلاً عمَّا تضمنته آلية عمل

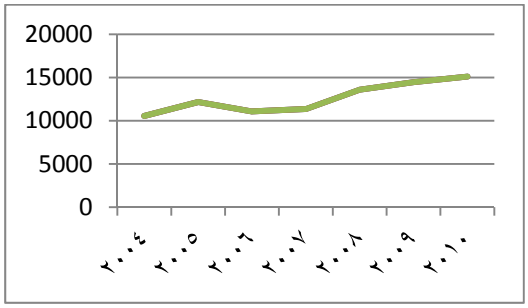
السجل الوطني للسرطان في وزارة الصحة.

حلَّلنا في هذه الدراسة بدقة البيانات المستقاة عن واقع السرطان في سورية للعام 2010 (وهو لا يعكس نسبة الحدوث الفعلية قطعاً لعدم مراجعة جميع الحالات بالضرورة المراكز المعتمدة، التي كما ذكرنا تشكل فاقد بيانات تقديرياً بنحو 25 إلى 30% من الحالات.

نسبة الحدوث الفعلية قطعاً لعدم مراجعة الحالات جميعها.

جدول (1) توزع حالات السرطان الجديدة حسب سنوات الدراسة (2010–2004)

السنة	عدد الحالات الجديدة
2004	10555
2005	12158
2006	11079
2007	11357
2008	13594
2009	14455
2010	15107
Total	88305



الشكل (1) منحنى اتجاهات السرطان في سورية 2004 – 2010

النتائج:

بلغت عدد الحالات المسجلة خلال مدة الدراسة (من بداية العام 2004 إلى نهاية العام 2010) 88305 حالة سرطانية جديدة، توزعت حسب سنة الحدوث وفقاً لما يظهرها (الجدول رقم 1)، فضلاً عن منحنى اتجاهات السرطان في سورية (الشكل رقم 1) وتوزعها حسب الجنس والسنة (الشكل رقم 2)، إذْ كان عدد الإصابات عند الذكور 45971 (52%)،و41861 (48%) عند الإناث، في حين كان عدد الإصابات عند الأطفال (دون سن 15 سنة) 4750 حالة جديدة .

بلغ عدد سكان سورية في منتصف عام 2010 نحو 19644000 نسمة، حيث كان عدد الذكور (10042000 ذكر) وعدد الإناث (9602000 أنثى)، وكانت نسبة الذكور للإناث (1: 1,04). نحو 13,3 % من السكان في سورية هو تحت عمر 5 سنوات، و(37,8%) تحت عمر 15 سنة. كان 3,5% من السكان فوق عمر 65 سنة.

حُلِّلَتْ ودُقِّقَتِ البيانات الواردة لواقع السرطان في سورية لسنة 2010؛ بدقة وهي تعكس واقع الحدوث والتوزع والانتشار لتلك السنة (وهي بالطبع المدة المعتمدة وفقاً لمنظمة الصحة العالمية في الدراسات، بمعنى أن التحليل والدراسة لسنة ما تقتضي أن تدرس وتبحث بعد مضي 3 سنوات على الأقل عليها).

من هنا، بلغ عدد الحالات المسجلة خلال السنة (2010) 14751 حالة سرطانية جديدة، 7649 للذكور (52%) و7102 حالة جديدة للإناث (48%). (الجدول رقم 2). أما عدد الحالات السرطانية الجديدة عند الأطفال (دون 15 سنة) فكانت 1435 (9,8%).

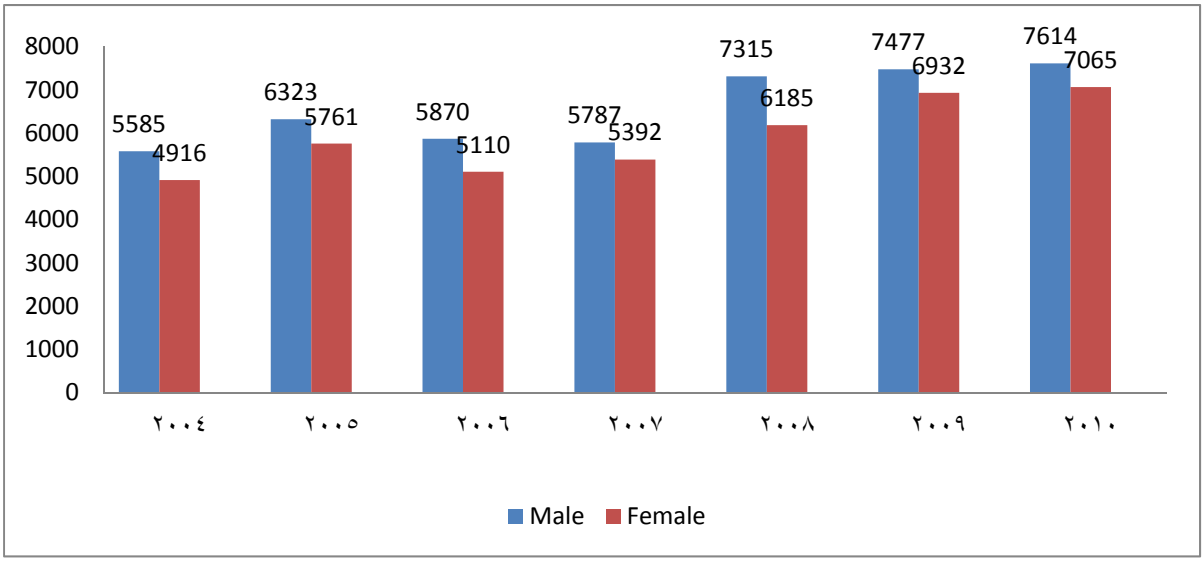
سيطرت سرطانات الجهاز الهضمي (19,2%)، ثم الجهاز التنفسي/أورام الرئة/ (18,3%)، وسرطانة البروستات (9,4%) عند الذكور، في حين سيطرت سرطانة الثدي (35,6%)، ثم الجهاز الهضمي (12,8%)، والجهاز التناسلي الأنثوي (11,1%)، والدرق (8,3%) عند الإناث (جدول رقم 3).

كانت نسبة حدوث السرطان متقاربة بين الجنسين تقريباً، إذْ أظهرت ارتفاعاً في معدل الحدوث يتناغم طرداً مع العمر، إذْ لوحظ ازدياد في معدل الحدوث بعد عمر الـ 50 سنة من كلا الجنسين، حيث كان عدد الحالات يتضاعف بشك كبير بعد العقد الرابع من العمر (الشكل رقم 3).

كانت سرطانة الثدي والرئة والجهاز الهضمي، فضلاً عن سرطانات الدم (الإبيضاضات)، من أكثر أنواع السرطانات حدوثاً (في سورية) حسب مكان الإصابة(الجدول رقم 3).

شَكَّلَتْ سرطانة الثدي ثلث حالات السرطان حدوثاً عند النساء (بنسبة نحو 35.6%)، تلاه سرطانات الجهاز الهضمي والدرق (12.8 – 8.3 على الترتيب). بينما كانت سرطانات الجهاز الهضمي، وسرطانة الرئة، والجهاز البولي (بروستات مثانة) مسيطرة لدى الذكور (19.2–18.3–9.4) على الترتيب. وقد شكلت الابيضاضات (34,9%) وأورام الجهاز العصبي المركزي (22,8%) أكثر الأورام شيوعاً عند الأطفال في سورية (أقل من 15 سنة).

راوحت نسبة توزع السرطانات في المحافظات السورية بين 54 و 128 حالة جديدة لكل 100000 نسمة من السكان، وقد تقاسمت محافظات طرطوس، ودمشق، والسويداء واللاذقية وحلب المرتبات الأولى بنسب متقاربة (128–107–104–93–و91) على الترتيب (الجدول رقم 4).

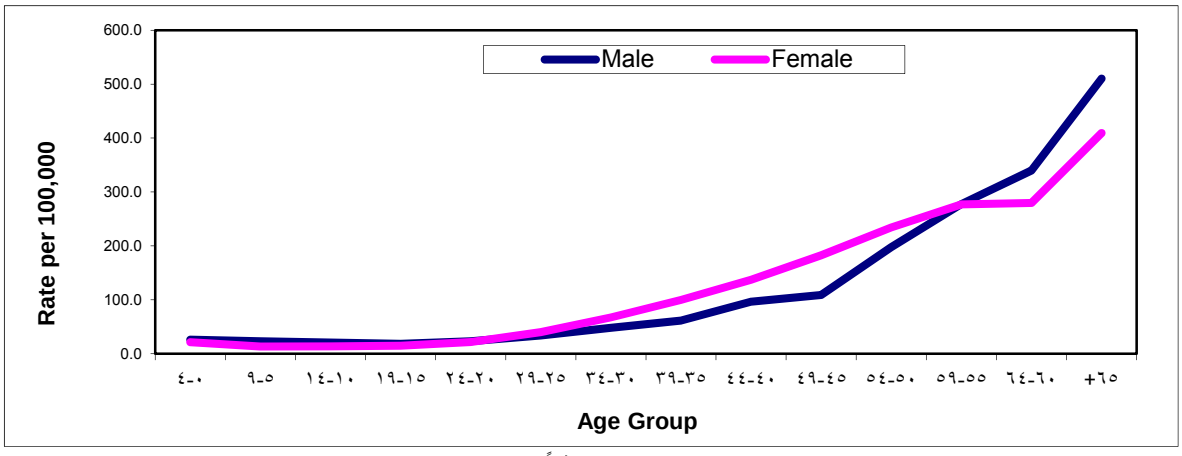


الشكل (2): عدد الحالات السرطانية طبقاً للجنس وسنة التشخيص

الجدول (2): معدل الإصابة العمري النوعي لكل مئة ألف من السكان حسب الجنس للمواقع كلّها للعام 2010

	male		Female		Total	
	No.	ASIR*	No.	ASIR*	No.	ASIR*
0-4	356	26,2	269	21,3	625	23,8
5-9	303	23,1	165	13,4	468	18,4
10-14	245	20,7	148	13,5	393	17,2
15-19	208	18,4	160	14,9	368	16,7
20-24	228	23,1	199	21,7	427	22,4
25-29	250	33,8	318	40,2	568	37,1
30-34	289	48,0	437	67,3	726	58,0
35-39	352	61,3	599	99,7	951	80,9
40-44	491	96,5	711	137,0	1202	116,9
45-49	445	108,8	745	182,6	1190	145,7
50-54	698	197,7	789	234,1	1487	215,5
55-59	688	277,4	640	277,1	1328	277,2
60-64	748	340,0	528	279,6	1276	312,1
65+	2108	510,4	1224	409,4	3332	468,0
Not Reported	240	-	170	-	410	-
Total	7649	76,2	7102	74,0	14751	75,1

ASIR : Age specific incidence rate per 100,000 population



الشكل (3): معدل حدوث السرطان وفقاً للعمر والجنس للعام 2010

جدول (3): توزع مرضى السرطان عند الكهول حسب مكان الإصابة والجنس –2010

	ذكر		أنثى		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجهاز العصبي المركزي	326	4,8	202	3,1	528	4,0
الجلد	289	4,3	139	2,1	428	3,2
الدرق	208	3,1	540	8,3	748	5,7
الثدي	121	1,8	2304	35,6	2425	18,4
الجهاز التنفسي	1230	18,3	208	3,2	1438	10,9
الجهاز الهضمي	1289	19,2	832	12,8	2121	16,1
الجهاز البولي	632	9,4	168	2,6	800	6,1
الجهاز التناسلي الأنثوي			719	11,1	719	5,4
الجهاز التناسلي الذكري	538	8,0			538	4,1
العظام والأنسجة الرخوة	373	5,5	241	3,7	614	4,6
اللمفومات	433	6,4	254	3,9	687	5,2
الابيضاضات	624	9,3	376	5,8	1000	7,6
Others	665	9,9	497	7,7	1162	8,8
المجموع	6728	100,0	6480	100,0	13208	100,0

الجدول (4): توزع عدد الاصابات حسب المحافظات لكل 100ألف من السكان لعام 2010

	2010		
	عدد الاصابات	عدد السكان بالألف	عدد الاصابات لكل 100000
دمشق والقنيطرة	1881	1760	107
ريف دمشق	1379	2529	55
حلب	4056	4450	91
إدلب	749	1376	54
اللاذقية	889	951	93
طرطوس	971	756	128
حمص	1071	1667	64
حماه	963	1508	64
الحسكة	921	1392	66
دير الزور	664	1111	60
الرقة	514	865	59
درعا	592	930	64
السويداء	364	349	104
Total	15014	19644	76

المناقشة:

يعدُّ بحثنا هذا دراسة وصفية تحليلية لواقع السرطان في سورية ومعدل حدوثه وفقاً للحالات المسجلة أصولاً؛ وهو من جهة أخرى، الدراسة الأولى في سورية (حسب معلوماتنا) التي تنشر معطيات واقع الأورام في المحافظات السورية ومؤشراتها، وتشكل ومن ثَمَّ بحثاً وصفياً تحليلياً قد يضع ركيزة لدراسات مستقبلية وفق بحث علمي منهجي.

يعدُّ السرطان من الأمراض المزمنة غير المعدية، يصيب المجتمعات كلّها من الفئات العمرية كلّها من الجنسين وتتوقع الإحصائيات زيادة عدد الحالات الجديدة من السرطان في العام 2020 بنسبة تصل إلى أكثر من 50% لتصبح نحو 15 مليون حالة جديدة سنوياً، ويمكن منع حدوث 30% منها على الأقل من خلال اتباع سبل الوقاية والكشف المبكر عن الأورام. من جهة ثانية، فإن منظمة الصحة العالمية تتوقع حدوث 75% من إجمالي حالات السرطان الجديدة في العام 2030 في البلدان النامية التي تعدُّ سورية واحدة منها .[1، 2، 3، 4، 5، 6، 17، 18، 59، 69]

سُجِّلَتْ 88305 حالة سرطانية جديدة تم تسجيلها خلال 7 سنوات (من 2004 إلى 2010) على الرغم من فقدان تسجيل نحو 25 إلى 30% من الحالات ولاسيَّما السنوات الأولى من بداية التسجيل الأصولي. يلاحظ ارتفاع تدريجي في معدل الحدوث وفقاً لسنوات الدراسة، وقد وصل إلى نحو 15107 حالة جديدة في العام 2010 حيث تساوى معدل الحدوث تقريباً بين الذكور والإناث (52%–48% على الترتيب)، مع ملاحظة ارتفاع خفيف نحو الذكور يفسره زيادة نسبة الذكور وفقاً للإناث في سورية، كما أنَّه يتناغم طرداً مع تقدم العمر، وهو يعكس من جهة ثانية ارتفاع معدلات الحدوث في البلدان الأوروبية حيث يرتفع متوسط الأعمار فيها مقارنة مع بلدنا، وقد لوحظ ارتفاع مضطرد لمعدل الإصابة بعد العقد الرابع من العمر. من جهة أخرى، تبقى سرطانات الأطفال (دون 15 سنة) المسجلة في سوريا قليلة مقارنة مع معدلات الإصابة عند الكهول إذْ شكلت نحو 10% من الحالات المسجلة؛ وهي تتشابه في ذلك نسبياً مع ما يحدث في معظم دول العالم،

وخاصة أنماطها المسيطرة كابيضاضات الدم، وأورام الجهاز العصبي المركزي التي تنجم عن تبدلات صبغية أكثر منها بيئية معروفة .[2، 4، 12، 59]

تعدُّ سرطان الثدي من أكثر أنواع السرطانات حدوثاً، إذْ شكلت نحو ثلث عدد الحالات المسجلة عند النساء (تقريباً 35%)، وتتوافق في ذلك مع ما يسجل في دول العالم الأخرى، مع ملاحظة ارتفاع في نسب الإصابات الجديدة في الأعمار الشابة (تحت سن 40 سنة) مقارنة بما يحدث في الدول المتقدمة ،[8، 9، 37، 38، 39] وقد يعود ذلك إلى معايير هرمونية مختلفة، والزواج من صلات القربى في سورية، وعدم استخدام وسائل الكشف المبكر بالطرائق المثلى.[40، 41، 42، 43]

إن حدوث سرطان الثدي في الأعمار المبكرة في سورية (العمر الوسطي 48 سنة)، وتشخيصه في مراحله المتقدمة (المرحلة الثالثة والرابعة) في ثلثي الحالات يشكل مشكلة كبيرة لبلدنا، وهذا بالطبع يقترح إيجاد الحلول اللازمة .

إن إبيضاضات الدم بأنماطها المختلفة احتلت مركزاً معتبراً عند السوريين من حيث الحالات المسجلة للعام 2008 (1535 حالة جديدة) سواء عند الإناث (8%) أو الذكور (12%)، وقد سجل معظمها لدى الأطفال من الجنسين .[63، 64، 65، 66]

إن سرطان الرئة هو السرطان القاتل الأول عند الذكور في سورية، إذْ شكل أكثر أنواع السرطانات حدوثاً لدى الذكور السوريين (12%)، في حين كانت نسبته (نحو 2,5% عند الإناث)، وهذا يؤكد العامل البيئي (التدخين بوصفه سبباً رئيسياً للحدوث) حيث تؤكده جميع المصادر العالمية.[25، 26، 27، 28، 29] إن انخفاض معدل حدوثه لدى النساء السوريات (مقارنة بالمجتمعات الغربية) من جهة، وارتفاع معدل حدوثه لدى الذكور السوريين من جهة أخرى، يفسره ارتفاع نسبة التدخين عند الذكور في سورية مقارنة بالإناث (إذْ تشكل نسبة النساء المدخنات في سورية أقل من نحو 10%) (مصادر إحصائية غير منشورة). إن معرفة السبب الرئيس في حدوث هذا النوع من الأورام يمكن خفضه إلى نسب معتبرة في حال تطبيق المرسوم الجمهوري القاضي بمنع التدخين في القطاعات العامة بشكل حازم، كما هو في البلدان المتقدمة، فضلاً عن رفع الضريبة على منتجات التبغ التي هي مطبقة في تلك البلدان والتي أسهمت في خفض معدلات الحدوث لسرطان الرئة فيها .[25، 27، 28، 29، 31، 32، 33، 44] إن سرطان الرئة لا تزال تشكل مشكلة كبيرة في سورية إذْ يحتل سرطان الرئة المركز الثالث من حيث السرطانات المسجلة، ولا يزال السرطان الأول كما أشرنا عند الذكور في سورية.

تُعدُّ سرطانات الكولون والمستقيم من أكثر السرطانات التي لوحظ ارتفاع في معل حدوثها في سورية. إن التلوث البيئي فضلاً عن التنوع الغذائي وخاصة باستخدام الأغذية المعدلة وراثياً أو هرمونياً تؤدي دوراً معتبراً في ارتفاع معدل الحدوث.[20، 21، 22، 23]

من جهة أخرى، لا تزال سرطانة عنق الرحم من أكثر أنواع السرطانات شيوعاً في الجهاز التناسلي الأنثوي مقارنةً بمعدل حدوثه في البلدان الغربية والولايات المتحدة .[16، 18، 35، 55، 56، 57، 58، 59] هذا بالطبع يعود إلى عدم استخدام المسح الكافي من خلال اعتماد اللطاخة العنقية للكشف الدوري مقارنة بالبلدان المتقدمة. تبقى سرطانات المبيض والرحم مساوية من حيث معدل الحدوث مع ما يحدث في البلدان الأخرى .[59]

إن نقص الإبلاغ من قبل أطباء التشريح المرضي وبعض المشافي والعيادات والمراكز الخاصة يؤثر في المعدل النسبي للحدوث للحالات الجديدة المسجلة لكل 100000 نسمة من السكان، وهذا بالطبع يعكس نسبة الحدوث المسجلة في دراستنا. على كل حال، تقاسمت محافظات طرطوس، ودمشق، والسويداء، واللاذقية المعدل الأعلى للحدوث للحالات الجديدة بمعدل (128، 107، 104

و93) لكل 100000 نسمة من السكان على الترتيب. هذا يعود /برأينا/ إلى زيادة التلوث البيئي (في تلك المحافظات) كوجود المحطة الحرارية، ومصفاة حمص، ومعمل الإسمنت، واستخدام المركبات الكيماوية في زراعة الخضروات، والمبيدات الحشرية، وزواج القربى، واستخدام الصرف الصحي في سقاية المزروعات وغيرها.....)

إن مشكلة السرطان في سورية متعددة المحاور، إلَّا أنَّه يجب الإشارة إلى أنَّ الإصابة حالياً هي عموماً أدنى من المعدلات العالمية، بل أنَّها تقل نسبياً عن كثير من دول العالم في أغلب أنواع السرطانات،[69، 70] ولكن مع زيادة الخدمة المقدمة في المجالين الوقائي والعلاجي لوحظ حدوث تغير في الهرم السكاني مع حدوث زيادة في متوسط عمر الفرد، ومن ثَمَّ بقاؤه على قيد الحياة ، هذا فضلاً عن وجود الخدمة العلاجية المتطورة المقدمة للمريض التي تؤدي إلي بقاء نسبة كبيرة علي قيد الحياة بما يبدو لبعضهم أنَّ نسبة السرطان في زيادة.[34، 35، 36] من جهة ثانية، هذا الأمر يعكسه زيادة معدل متوسط عمر الفرد في البلدان المتقدمة قياساً إلى البلدان النامية، والتي تعدُّ سورية واحدة منها .[7، 16]

يمثل اكتشاف مرض السرطان في مرحلة متأخرة جوهر المشكلة بما يسببه من تكاليف باهظة للعلاج سواء بإنفاق مباشر أو غير مباشر، مع الوضع في الحسبان أنَّ العلاج في المراحل المتأخرة يكون /غالباً/ بغرض تلطيف حدة أعراض المرض وتخفيفها ومن الصعب الشفاء منه في تلك المراحل، فضلاً عن التكاليف العالية وغير المجدية في تلك المراحل.

يتلخص الهدف في نشر ثقافة " الكشف المبكر للأورام" على مستوى سورية، وتشجيع المريض على التخلص من الخوف من اللجوء لفحص الطبيب لاكتشاف المرض في مرحلة مبكرة حيث يمكن الشفاء منه، عاملاً مهماً في الوقاية،[58، 71، 72، 73] وإذا نُفِّذَتْ آلية الاكتشاف المبكر بنجاح فقد يمكن تغيير خريطة مرض السرطان في سورية في السنوات القليلة القادمة ممَّا يسهم في إنقاذ آلاف الأرواح وشفاء المرضى، واندماجهم في المجتمع كعضو منتج، وتوفير الملايين التي تنفق في المراحل المتأخرة من المرض دون عائد يذكر.

فضلاً عن تفعيل خطة الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي عند الإناث، والكشف المبكر عن سرطان البروستات عند الذكور.

نخلص إلى أنَّ طرائق الوقاية التي تؤدي إلى الحد من الإصابة بمرض السرطان تتلخص في حياة معتدلة، مع الغذاء السليم، وممارسة الرياضة، والمشي والحد من التدخين والقضاء على التلوث، وفي منع حدوث بعض الأمراض التي قد تسببه عن طريق مكافحة بعض الطفيليات، وبعض أنواع العدوي البكتيرية والفيروسية؛ وهذا يؤدي إلى الحد من الإصابة في 40% من الحالات، هذا فضلاً عن تفعيل برامج الاكتشاف المبكر وعلى الأخص للأورام المسجلة بنسب عالية مثل سرطان الثدي في الإناث وسرطان البروستات في الرجال وتلك هي أهم أسلحة الدولة النامية لمكافحة السرطان في السنوات القادمة. فضلاً عن استخدام الوسائل اللازمة من أجل تقييم ودراسة أكثر عمقاً لواقع السرطانات في سورية من خلال مشروع وطني متكامل لمكافحة السرطان من خلال خفض معل الإصابة بالمرض، ورفع معدلات الشفاء عن طريق الحد من الإصابة والاكتشاف المبكر، واستخدام بروتوكولات علاجية موحدة تُحَدَّثُ بصفة مستمرة، ورفع كفاءة العاملين في مجال الأورام من خلال التدريب والتعليم الطبي المستمر والإعلام. مع رسم استراتيجيات علاجية مستقبلية من خلال السجل الوطني للأورام، لمتابعة الحالات الورمية الجديدة وتحليلها وتقييمها على المستوى الوطني، عن طريق التعاون الوثيق بين المؤسسات الصحية المختلفة في سورية.

المراجع **References**

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality

Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: http://globocan.iarc.fr. 2010. Last accessed 8/17/2010.

3. World Health Organization Databank. WHO Statistical Information System. Geneva: World Health Organization; Year.

Available at: http://www.who.int/whosis. 2010. Last accessed 2/16/2010.

4. Ferlay J., Shin H.R, Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D.M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLO- BOCAN 2008. Int J Cancer. [published online ahead of print June 17, 2010].86 CA: A Cancer Journal for Clinicians CA CANCER J CLIN 2011;61:69–90
5. Segi M. Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries (1950-57). Sendai, Japan: Department of Public Health, Tohoku Uni- versity of Medicine; 1960.
6. Doll R., Payne P., Waterhouse JAH, eds. Cancer Incidence in Five Continents. Vol I. Geneva: Union Internationale Contre le Cancer; 1966.
7. Kushi L.H., Byers T., Doyle C., et al. Ameri- can Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. CA Can- cer J Clin. 2006;56:254-281; quiz 313-314.
8. Anderson B.O., Yip C.H., Ramsey S.D. et al. Breast cancer in limited-resource countries: health care systems and public policy. Breast J. 2006;12(suppl 1):S54-S69.
9. Anderson B.O, Yip CH, Smith R.A, et al. Guideline implementation for breast health- care in low-income and middle-income coun- tries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. Cancer. 2008; 113(8 suppl):2221-2243.
10. Center M.M., Jemal A., Ward E. Interna- tional trends in colorectal cancer incidence rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18:1688-1694.
11. Center M.M., Jemal A., Smith R.A., Ward E. Worldwide variations in colorectal cancer. CA Cancer J Clin. 2009;59:366-378.
12. Martin J.J., Hernandez L.S., Gonzalez M.G., Mendez C..P, Rey Galan C., Guerrero S.M. Trends in childhood and adolescent obesity prevalence in Oviedo (Asturias, Spain) 1992-2006. Acta Paediatr. 2008;97:955-958.
13. De Kok I.M., Wong C.S., Chia K.S. et al. Gen- der differences in the trend of colorectal can- cer incidence in Singapore, 1968-2002. Int J Colorectal Dis. 2008;23:461-467.
14. Chu K.C., Tarone R.E, Chow W.H., Hankey B.F., Ries L.A. Temporal patterns in colo- rectal cancer incidence, survival, and mor- tality from 1950 through 1990. J Natl Cancer Inst. 1994;86:997-1006.
15. Mitry E., Bouvier A.M., Esteve J., Faivre J. Benefit of operative mortality reduction on colorectal cancer survival. Br J Surg. 2002; 89:1557-1562.
16. Sant M., Capocaccia R., Coleman M.P., et al. Cancer survival increases in Europe, but international differences remain wide. Eur J Cancer. 2001;37:1659-1667.
17. Giovannucci E., Wu K. Cancers of the co- lon and rectum. In: Schottenfeld D, Frau- meni JF Jr, eds. Cancer Epidemiology and Prevention. New York: Oxford University Press; 2006;809-829.
18. Boyle P., Levin B., eds; World Cancer Report 2008. Lyon, France: World Health Organization. International Agency for Research on Cancer; 2008.
19. Mandel J.S., Bond J.H., Church T.R., et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minne- sota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med. 1993;328:1365-1371.
20. Zauber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Knud- sen AB, Wilschut J, van Ballegooijen M, Kuntz KM. Evaluating test strategies for colorectal cancer screening: a decision anal- ysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2008;149:659-669.
21. Muller AD, Sonnenberg A. Prevention of colorectal cancer by flexible endoscopy and polypectomy. A case-control study of 32,702 veterans. Ann Intern Med. 1995;123: 904-910.
22. Lambert R, Sauvaget C, Sankaranarayanan R. Mass screening for colorectal cancer is not justified in most developing countries. Int J Cancer. 2009;125:253-256.

23. Atkin W.S, Edwards R., Kralj-Hans I., *et al*. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multi- centre randomised controlled trial. Lancet. 2010;375:1624-1633.
24. Mackay J., Eriksen M., Shafey O. The Tobacco Atlas. 2nd ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2006.
25. Lam W.K., White N.W., Chan-Yeung M.M. Lung cancer epidemiology and risk factors in Asia and Africa. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8:1045-1057.
26. Boffetta P., Nyberg F. Contribution of envi- ronmental factors to cancer risk. Br Med Bull. 2003;68:71-94.
27. Thun MJ, Hannan L.M, Adams-Campbell L.L., *et al*. Lung cancer occurrence in never- smokers: an analysis of 13 cohorts and 22 cancer registry studies. PLoS Med. 2008;5: e185.
28. Spitz M., Wu X., Wilkinson A., Wei Q. Can- cer of the Lung. Oxford, UK: Oxford Uni- versity Press; 2006.
29. Youlden D.R., Cramb S.M., Baade P.D. The International Epidemiology of Lung Can- cer: geographical distribution and secular trends. J Thorac Oncol. 2008;3:819-831.
30. Bray F.I., Weiderpass E. Lung cancer mor- tality trends in 36 European countries: secu- lar trends and birth cohort patterns by sex and region 1970-2007. Int J Cancer. 2010; 126:1454-1466.
31. Ezzati M., Henley S.J., Lopez A.D., Thun M.J. Role of smoking in global and regional can- cer epidemiology: current patterns and data needs. Int J Cancer. 2005;116:963-971.
32. Ezzati M., Lopez A.D. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet. 2003;362:847-852.
33. Jemal A., Thun M.J, Ries L.A, *et al*. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. J Natl Cancer Inst. 2008;100:1672-1694.
34. Sankaranarayanan B. H., *et al.* Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population- based study. Lancet Oncol. 2010;11: 165-173.
35. Coleman M.P., Quaresma M., Berrino F. *et al.* Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CON- CORD). Lancet Oncol. 2008;9:730-756.
36. Jemal A., Center M.M., Desantis C., Ward E.M.. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19:1893-1907.
37. Hulka B.S., Moorman P.G.. Breast cancer: hormones and other risk factors. Maturitas. 2001;38:103-113; discussion 113-116.
38. Althuis M.D., Dozier J.D., Anderson W.F., Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973- 1997. Int J Epidemiol. 2005;34:405-412.
39. Ravdin P.M., Cronin K.A., Howlader N. *et al.* The decrease in breast-cancer inci- dence in 2003 in the United States. N Engl J Med. 2007;356:1670-1674.
40. Cronin K.A., Ravdin P.M., Edwards B.K. Sustained lower rates of breast cancer in the United States. Breast Cancer Res Treat. 2009;117:223-224.
41. Seradour B., Allemand H., Weill A, Ricor- deau P. Changes by age in breast cancer incidence, mammography screening and hormone therapy use in France from 2000 to 2006. Bull Cancer. 2009;96:E1-E6.
42. Canfell K., Banks E., Moa A.M., Beral V. Decrease in breast cancer incidence follow- ing a rapid fall in use of hormone replace- ment therapy in Australia. Med J Aust. 2008;188:641-644.
43. Autier P., Boniol M., La Vecchia C., *et al*. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospec- tive trend analysis of WHO mortality data- base. BMJ. 2010;341:c3620.
44. World Health Organization. WHO Frame- work Convention on Tobacco Control. Available at: http://whqlibdoc.who.int/ publications/2003/9241591013.pdf. Ac- cessed March 9, 2010.
45. Bock C.H., Schwartz A.G., Ruterbusch J.J. *et al.* Results from a prostate cancer admix- ture mapping study in African-American men. Hum Genet. 2009;126:637-642.
46. Miller D.C., Zheng S.L., Dunn R.L. *et al*. Germ-line mutations of the macrophage scavenger receptor 1 gene: association with prostate cancer risk in African-American men. Cancer Res. 2003;63:3486-3489.
47. Baade P.D., Youlden D.R., Krnjacki L.J. International epidemiology of prostate can- cer: geographical distribution and secular trends. Mol Nutr Food Res. 2009;53: 171-184.
48. Kvale R., Auvinen A., Adami H.O., *et al*. Interpreting trends in prostate cancer inci- dence and mortality in the five Nordic countries. J Natl Cancer Inst. 2007;99: 1881-1887.
49. Bray F, Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Forman D, Auvinen A. Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European coun- tries: an overview. Eur J Cancer. 2010;46: 3040-3052.
50. Kvale R., Moller B., Angelsen A., *et a*l. Re- gional trends in prostate cancer incidence, treatment with

curative intent and mortal- ity in Norway 1980-2007. Cancer Epide- miol. 2010;34:359-367.
51. Andriole G.L., Crawford E.D., Grubb R.L. 3rd, et al. Mortality results from a random- ized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009;360:1310-1319.
52. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate-cancer mortal-
53. Parkin D.M. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. Int J Cancer. 2006;118:3030-3044.
54. Bertuccio P., Chatenoud L., Levi F., *et al*. Recent patterns in gastric cancer: a global overview. Int J Cancer. 2009;125:666-673.
55. Mathew A., George P.S. Trends in incidence and mortality rates of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of cervix– worldwide. Asian Pac J Cancer Prev. 2009; 10:645-650.
56. Vizcaino A.P., Moreno V., Bosch F.X., *et al*. International trends in incidence of cervical cancer: II. Squamous-cell carcinoma. Int J Cancer. 2000;86:429-435.
57. Sherris J., Wittet S., Kleine A., et al. Evi- dence-based, alternative cervical cancer screening approaches in low-resource set- tings. Int Perspect Sex Reprod Health. 2009;35:147-154.
58. Sankaranarayanan R., Nene B.M., Shastri SS., et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. N Engl J Med. 2009;360: 1385-1394.
59. Fritz A., Percy C., Jack A., *et al*. Interna- tional Classification of Diseases for Oncol- ogy. 3rd edition. Geneva: World Health Organization; 2000.
60. Wu I.C., Lu CY, Kuo F.C., *et al.* Interaction between cigarette, alcohol and betel nut use on esophageal cancer risk in Taiwan. Eur J Clin Invest. 2006;36:236-241.
61. Sliverman D., Devesa S., Moore L., Rothman N. Bladder cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni FJ Jr, eds. Cancer Epidemiology and Prevention. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006:1101-1027.
62. Felix A.S, Soliman A.S, Khaled H., et al. The changing patterns of bladder cancer in Egypt over the past 26 years. Cancer Causes Control. 2008;19:421-429.
63. Devesa S.S., Fears T. Non-Hodgkin's lym- phoma time trends: United States and inter- national data. Cancer Res. 1992;52(19 suppl):5432s-5440s.
64. Hartge P., Devesa S.S. Quantification of the impact of known risk factors on time trends in non-Hodgkin's lymphoma incidence. Cancer Res. 1992;52(19 suppl):5566s-5569s.
65. Eltom M.A, Jemal A, Mbulaiteye S.M., Devesa S.S., Biggar R.J. Trends in Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma incidence in the United
66. Abdel-Fattah M.M., Yassine O.G. Non-Hodg- kin's lymphomas in Alexandria, Egypt; inci- dence rates and trend study (1995-2004). Eur J Cancer Prev. 2007;16:479-485.
67. Hashibe M., Brennan P., Chuang S.C., *et al.* Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consor- tium. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18:541-550.
68. International Agency for Research on Cancer. Smokeless Tobacco and Some Tobacco-Spe- cific N-Nitrosamines. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol 89. Lyon, France: IARC; 2007.
69. Curado M.P., Edwards B.K., Shin H.R., *et al*, eds. Cancer Incidence in Five Continents. Vol IX. IARC Scientific Pub. No. 160. Lyon, France: IARC; 2007.
70. Parkin DM, Whelan S, Ferlay J, Bah E, Hamdi-Cherif M. Cancer in Africa. IARC Scientific Pub. No. 153. Lyon, France: IARC Press; 2003.
71. Yu M.C. Nasopharyngeal cancer. In: Schot- tenfeld D, Fraumeni JF Jr, eds. Cancer Epi- demiology and Prevention. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2006:620-
72. Mayne S.T., Morse D., Winn D. Cancers of the oral cavity and pharynx. In: Schotten- feld D, Fraumeni JF Jr, eds. Cancer Epide- miology and Prevention. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006:674-696.
73. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M., eds. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Can- cerBase No. 5. Version 2.0. Lyon, France: IARC Press; 2004.

تاريخ ورود البحث 2016/07/18.
تاريخ موافقة النشر 2016/09/26.